**関西イノベーション国際戦略総合特区**

**医療機器事業化ノウハウ習得支援事業　参加申込書**

**（医療機器ビジネス講座、医療現場実習）**

標記プログラムについて、募集要項の記載事項を了承しましたので、以下のとおり申込します

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企業名（日） |  | 代表者役職・氏名 | 　　 |
| URL |  |
| 本社所在地 | 〒 |
| 従業員人数 |  | 資本金 |  |
| 連絡担当者氏名 |  | 部署（役職） |  |
| 連絡先TEL |  | 連絡先E-mail |  |

１．会社概要について

|  |  |
| --- | --- |
| 会社概要 |  |
| 医療機器事業への取り組み状況 |  |
| 医療現場実習の見学希望診療科 | （ご希望に添えないこともございますので、ご了承ください。） |

２．本プログラム参加予定者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 役職・所属 | 性別 | 勤務年数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※ご記入頂いた情報は、大阪商工会議所からの各種連絡・情報提供に利用させていただくほか、講師に参加者名簿として提供いたします。